

HUBUNGAN KEKELUARGAAN DAN TINGGAL SERUMAH MERUPAKAN KARAKTERISTIK PENGAWAS MINUM OBAT YANG BERPENGARUH TERHADAP KETERATURAN MINUM OBAT PENDERITA TUBERKULOSIS PARU

Tety Rachmawati,¹ Turniani Laksmiarti,¹ Soenarsongko²

ABSTRACT

The cure rate of Tuberculosis (TB) patient treatment was influenced by several factors, one was regularity taking medicines. It is important to assure the regularity of taking medicines, besides the availability and distribution of drugs and also the observers on taking the medicines (Pengawas Minum Obat/PMO). The research aimed to determine the PMO characteristics that influence the regularity of taking medicines among the lung TB patients. The research design was cross-sectional in which the PMO characteristics as cause factors and the regularity of taking medicines among TB lung patients as the effect were measured at the same time. It was conducted in 7 (seven) districts/city in East Java Province. The respondents were the PMO and TB patients who received the Direct Observe Treatment Short-course (DOTS) treatment. Data were analyzed by doubled logistic regression. It concluded that the PMO characteristics that most influence to the regularity of taking medication among TB patients was the PMO who had no occupation, which the PMO who did not work could supervise the regularity of taking medications among TB patients. The PMO's living status who lived with the patients influenced the regularity of taking medications among TB patients, followed by the PMO whose relationship were relatives of TB patients and the most influence was spouses of the TB patients. Hence, it is suggested that the characteristics of PMO should be considered to select good PMO's for observing the regularity of taking TB medications.

Key words: tuberculosis, observer characteristics, regularity taking medicines

PENDAHULUAN

Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru) merupakan masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia, Indonesia termasuk peringkat ketiga setelah India dan China dalam menyumbang jumlah kasus TBC di dunia. Estimasi incidence rate TBC di Indonesia berdasarkan pemeriksaan sputum adalah 128 per 100.000 untuk tahun 2003, sedangkan estimasi prevalensi TBC adalah 295 per 100.000 (SP-TB, 2004).

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 TBC menduduki ranking ketiga sebagai penyebab kematian (9,4% dari total kematian) setelah penyakit sistem sirkulasi dan sistem pernapasan.

Sejak tahun 1995 program Pemberantasan Tuberkulosis Paru dilaksanakan dengan strategi

DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasikan oleh WHO. Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost-effective*. Dalam pelaksanaannya Strategi DOTS terdiri dari 5 (lima) komponen yaitu: 1) Adanya komitmen politis dari pemerintah untuk bersungguh-sungguh menanggulangi TB paru. 2) Diagnosis TB paru melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis. 3) Pengobatan TB paru dengan panduan OAT jangka pendek diawasi secara langsung oleh Pengawas minum Obat (PMO). 4) Tersedianya OAT secara konsisten. 5) Pencatatan dan Pelaporan TB paru secara konsisten.

Kesepakatan global dalam menanggulangi penyakit TBC diharapkan dapat mendeteksi 70% dari kasus TBC (DOTS *detection rate*) dan mengobati

¹ Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya

² Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
E-mail: tety272002@yahoo.com

secara berhasil 85% dari kasus yang ditemukan. (SP-TB, 2004).

Sampai saat ini angka kesembuhan masih di bawah target yang direncanakan. Angka kesembuhan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu di antaranya adalah keteraturan penderita minum obat. Karena pengobatan TB Paru memerlukan waktu minimal 6 bulan, untuk menjamin keteraturan minum obat (OAT) tersebut di samping ketersediaan dan distribusi obat dipengaruhi pula oleh pengawas minum obat (PMO) yang mendampingi penderita TB Paru minum obat. Selama pengobatan penderita TB sering mengalami beberapa keluhan yang disebabkan efek samping obat (63%), selain itu setelah fase awal pengobatan sering penderita TB sudah merasa enak/tidak batuk darah (34%), sehingga kondisi tersebut menjadi alasan penderita TB berhenti minum obat. (SP-TBC, 2004).

Di sini peran PMO menjadi sangat penting terhadap keteraturan minum obat. Oleh sebab itu diperlukan pemilihan yang tepat seseorang untuk dipilih sebagai PMO yang dapat mengawasi minum obat dan mendampingi selama pengobatan berlangsung. Selama ini petugas kesehatan sering merangkap sebagai PMO.

Dari uraian tersebut di muka, maka dalam penelitian ini difokuskan pada karakteristik PMO yang melakukan pengawasan langsung pengobatan TB paru, yang diharapkan dapat menjamin keteraturan berobat penderita TB Paru.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui karakteristik PMO yang berpengaruh terhadap keteraturan berobat penderita TB paru.

METODE

Rancangan penelitian adalah cross-sectional di mana karakteristik PMO dan keteraturan berobat penderita Tuberkulosis Paru (efek) diukur pada saat yang sama.

Penelitian dilakukan di tujuh kabupaten/kota di Jawa Timur yaitu Gresik, Bangkalan, Bojonegoro, Kediri, Magetan, Banyuwangi dan Pasuruan. Pemilihan dilakukan berdasarkan Angka kesembuhan (*cure rate*) penderita TB paru rendah dan tinggi.

Populasi dalam penelitian ini adalah Pengawas Minum Obat (PMO) dari penderita TB, dengan subyek penelitiannya adalah PMO dan penderita TB Paru yang telah mendapat pengobatan dengan strategi DOTS

yang diawasinya. Besar sampel secara keseluruhan adalah 261 orang PMO.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara dengan panduan kuesioner yang terstruktur. Responden adalah Pengawas Minum obat (PMO) dan penderita TB paru yang diobati kategori-1 FDC dan kategori 11 Kombipak yang mendapat pengobatan mulai bulan Mei–Oktober 2004. Penderita TB paru: adalah penderita TB paru dengan tipe penderita kasus baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1 FDC dan Kategori-1 Kombipak.

- Kategori 1 FDC: adalah panduan OAT standar (dengan memperhitungkan berat badan penderita) yang dilakukan pada tahap: intensif selama 2 bulan dan fase lanjutan yang diberikan selama 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan. Diberikan pada penderita TB baru dengan BTA positif.
- Kategori 1 Kombipak: diberikan pada penderita baru TB BTA positif. Tahap intensif terdiri dari Isiniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E). Obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isiniazid, Rifampisin diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Pengawas Minum Obat (PMO) adalah orang yang ditunjuk atau mempunyai tugas untuk melakukan pengawasan minum obat pada penderita TB.

Analisis data untuk mengetahui karakteristik PMO, proses pengawasan minum obat dan keteraturan berobat dilakukan analisis deskriptif. Untuk mengetahui pengaruh karakteristik PMO terhadap keteraturan berobat dilakukan dengan menggunakan Regresi logistik berganda.

HASIL

Penelitian ini dilakukan di 7 kabupaten yang terbagi 2 kategori yaitu dengan angka kesembuhan (*Cure Rate*) tinggi dan rendah. Dikategorikan angka kesembuhan tinggi jika lebih atau sama dengan 85%, sedangkan yang kurang dari 85% dikategorikan rendah. Dalam penelitian ini 4 kabupaten dengan kategori angka kesembuhan tinggi yaitu Kabupaten/kota: Kediri, Banyuwangi, Bojonegoro dan Magetan; 3 kabupaten/kota kategori angka kesembuhan rendah yaitu: Gresik, Pasuruan dan Bangkalan. Lihat Tabel 1.

Tabel 1. Jumlah PMO menurut Tempat dalam Rangka Penelitian Peran PMO dalam Keteraturan Berobat di 7 Kabupaten/kota di Jawa Timur, Tahun 2004

No	Kabupaten/Kota	Frekuensi	Persen (%)
1	Gresik	38	14,6
2	Bangkalan	34	13,0
3	Bojonegoro	38	14,6
4	Kediri	24	9,2
5	Magetan	41	15,7
6	Banyuwangi	47	18,0
7	Pasuruan	39	14,9
Total		261	100,0

Karakteristik PMO

Umur berkisar antara 16 (0,4%) tahun sampai dengan 70 tahun (1,1%), dengan rerata berumur 36–37 tahun dan yang terbanyak berumur 35 tahun (7,7%). Umur ini bila dikelompokkan, hasilnya dapat dilihat pada Tabel 2.

Pendidikan PMO untuk daerah dengan angka kesembuhan tinggi adalah lebih tinggi dibandingkan pada daerah dengan angka kesembuhan rendah dan terbukti ada perbedaan yang signifikan ($p = 0,000$).

Pada pekerjaan di daerah yang angka kesembuhan tinggi banyak yang PNS tenaga kesehatan dibandingkan di daerah dengan angka kesembuhan rendah dan terdapat perbedaan yang

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik PMO Menurut Kategori Angka Kesembuhan dalam Rangka Penelitian Peran PMO dalam Keteraturan Berobat di 7 Kabupaten/Kota di Jawa Timur, tahun 2004

Karakteristik PMO	Kategori Cure Rate		Total N = 261
	Tinggi (%) N = 150	Rendah (%) N = 111	
Jenis Kelamin			
1. Laki-laki	71 (47,3)	48 (43,2)	115 (45,6)
2. Perempuan	79 (52,7)	63 (56,8)	142 (54,4)
Umur			
1. 11–20 tahun	7 (4,7)	5 (4,5)	12 (4,6)
2. 21–30 tahun	37 (24,7)	31 (27,9)	68 (26,1)
3. 31–40 tahun	51 (34,0)	46 (41,4)	97 (37,2)
4. 41–50 tahun	39 (26,0)	22 (19,8)	61 (23,4)
5. 51–60 tahun	14 (9,3)	3 (2,7)	17 (6,5)
6. > 60 tahun	2 (1,3)	4 (3,6)	6 (2,3)
Pendidikan			
1. Tidak tamat SD	19 (12,7)	29 (26,1)	48 (18,4)
2. Tamat SD sederajat	22 (14,7)	34 (30,6)	56 (21,5)
3. Tamat SLTP sederajat	26 (17,3)	19 (17,1)	45 (17,2)
4. Tamat SLTA sederajat	62 (41,3)	22 (19,8)	84 (32,2)
5. Tamat sarjana Muda/Sarjana	21 (14,0)	7 (6,3)	28 (10,7)
Pekerjaan			
1. PNS (Non medis)	9 (6,0)	4 (3,6)	13 (5,0)
2. PNS (medis/paramedis)	38 (25,3)	10 (9,0)	48 (18,4)
3. Petugas kesehatan bukan PNS	3 (2,0)	1 (0,9)	4 (1,5)
4. Swasta	37 (24,7)	45 (40,5)	82 (31,4)
5. Petani, nelayan	16 (10,7)	11 (9,9)	27 (10,3)
6. Buruh tani	19 (12,7)	12 (10,8)	31 (11,9)
7. Kader kesehatan	1 (0,7)	-	1 (0,4)
8. Pengurus panti	-	1 (0,9)	1 (0,4)
9. Tidak bekerja	27 (18,0)	27 (24,3)	54 (20,7)
Tempat Tinggal			
1. Serumah	94 (62,7)	81 (73,0)	175 (67,0)
2. Tidak serumah	56 (37,3)	30 (27,0)	86 (33,0)
Hubungan dengan penderita			
1. Orangtua	25 (16,7)	23 (20,7)	48 (18,4)
2. Anak	17 (11,3)	10 (9,0)	27 (10,3)
3. Suami-istri (pasangan)	44 (29,3)	39 (35,1)	83 (31,8)
4. Saudara	20 (13,3)	22 (19,8)	42 (16,1)
5. Teman, sahabat	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (0,8)
6. Lain-lain (tetangga, pasien)	43 (28,7)	16 (14,4)	59 (22,6)

signifikan pekerjaan tenaga kesehatan di daerah dengan angka kesembuhan tinggi dan rendah ($p = 0,001$) yaitu di kota Kediri di mana PMO-nya adalah tenaga kesehatan.

Keteraturan Minum Obat

Dalam pengobatan TB keteraturan minum obat merupakan kunci untuk keberhasilan suatu pengobatan. Angka kesembuhan untuk TB dengan Strategi DOTS yang ditargetkan oleh WHO adalah 85%. Belum semua Kabupaten di Jawa Timur mencapai target tersebut. Untuk itu dalam pengobatan TB yang memerlukan waktu relatif lama yaitu 6 bulan minum obat secara rutin, diperlukan seorang PMO yang mengawasi saat minum obat.

Dalam penelitian ini untuk mengetahui keteraturan minum obat adalah dengan menanyakan pada PMO dan penderita saat minum obat dalam 2 minggu terakhir.

Analisis keteraturan minum obat hanya dilakukan pada 190 PMO yang memberikan persepsi yang sama dengan penderita yang diawasinya tentang keteraturan minum Obat selama pengobatan. Keteraturan minum obat penderita TB di daerah dengan kategori tinggi dan rendah seperti terlihat pada tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Keteraturan Minum Obat Penderita TB menurut PMO dan Penderita di Daerah Kategori *Cure Rate* Tinggi dan Rendah di 7 Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2004

Kategori "cure rate"	Keteraturan Minum Obat		Total (%) (N = 190)
	Teratur (%) (N = 127)	Tidak teratur (%) (N = 63)	
➢ Tinggi ($\geq 85\%$)	69 [60,5]	45 [39,5]	114 [100]
➢ Rendah ($\leq 85\%$)	58 [76,3]	18 [23,7]	76 [100]
Total	127 [66,8]	63 [33,2]	190 [100]

Dari tabel 4 terlihat pada daerah dengan kategori *cure rate* tinggi yang teratur minum obat 60,5%, ini lebih rendah dibandingkan keteraturan minum obat pada daerah *cure rate* rendah yaitu 76,3%.

Dalam asumsi kita perempuan akan lebih teliti dan sabar sebagai PMO, pada kenyataannya tidak terlihat perbedaan mencolok pada keteraturan minum obat penderita yang diawasi oleh perempuan atau laki-laki baik di daerah kategori tinggi dan rendah. Bahkan pada daerah kategori tinggi untuk yang diawasi oleh perempuan yang tidak teratur cukup tinggi [42,9%]. Setelah ditelusuri lebih lanjut PMO tersebut sebagian besar adalah petugas kesehatan.

Jika dilihat dalam tabel 4, umur PMO tidak menunjukkan hubungan yang konsisten dengan keteraturan minum obat. Demikian juga semakin tinggi pendidikan PMO tidak menjamin akan lebih teratur minum obat penderita TB yang diawasinya, terbukti terdapat 34,9% PMO tamat SMA dan 23,8% PMO tamat sarjana muda/sarjana yang mengawasi penderita TB ternyata tidak teratur pengobatannya.

Pada PMO yang tidak bekerja baik di daerah kategori tinggi dan rendah jumlah keteraturan minum obat tinggi yaitu 90% pada daerah *cure rate* tinggi dan 94,7% pada daerah *cure rate* kategori rendah. Sangat berbeda jika dibandingkan yang diawasi oleh paramedik baik di daerah kategori tinggi dan rendah, di mana keteraturannya sangat rendah yaitu 5,7% pada daerah kategori tinggi dan 50% pada daerah kategori rendah.

Hubungan kekeluargaan PMO dengan penderita sangat berpengaruh pada keteraturan minum obat. Pada PMO daerah kategori *cure rate* tinggi yang mempunyai hubungan kekeluargaan sebagai orangtua, anak, suami/istri dan saudara keteraturan minum obatnya tinggi yaitu 84,2% dan 80% pada daerah kategori rendah. Sedangkan PMO yang tidak mempunyai hubungan kekeluargaan seperti tetangga, teman, tenaga kesehatan, baik di daerah kategori tinggi dan rendah keteraturan minum obatnya rendah.

Status tempat tinggal juga mempunyai hubungan dengan keteraturan minum obat, di mana keteraturan minum obat penderita TB yang tinggal serumah dengan PMO baik di kategori *cure rate* tinggi maupun rendah adalah tinggi yaitu 87% pada daerah kategori tinggi dan 80,7% pada daerah kategori rendah.

Untuk mengetahui hubungan keteraturan minum obat penderita TB dengan karakteristik PMO dilakukan tabulasi silang seperti terlihat pada tabel 5.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Karakteristik PMO dengan Keteraturan Minum Obat di 7 Kabupaten/Kota di Jawa Timur Tahun 2004

Karakteristik PMO pada Daerah Cure Rate Tinggi dan Rendah	Keteraturan Minum Obat		Total (%) (N = 190)
	Teratur (%) (N = 127)	Tidak Teratur (%) (N = 63)	
Jenis Kelamin			
1. Laki-laki:			
– Tinggi	31 (24,4)	18 (28,6)	49 (25,8)
– Rendah	25 (19,7)	7 (11,1)	32 (16,8)
2. Perempuan:			
– Tinggi	38 (29,9)	27 (42,9)	65 (34,2)
– Rendah	33 (26,0)	11 (17,5)	44 (23,2)
Umur			
1. 11–20 tahun:			
– Tinggi	3 (2,4)	1 (1,6)	4 (2,1)
– Rendah	3 (2,4)	-	3 (1,6)
2. 21–30 tahun:			
– Tinggi	19 (15,0)	10 (16,0)	29 (15,3)
– Rendah	20 (15,8)	5 (8,0)	25 (13,2)
3. 31–40 tahun			
– Tinggi	25 (18,7)	14 (22,2)	39 (20,5)
– Rendah	21 (16,5)	9 (14,3)	30 (15,8)
4. 41–50 tahun			
– Tinggi	13 (10,2)	4 (6,3)	15 (7,9)
– Rendah	11 (8,7)	4 (6,3)	15 (7,9)
5. 51–60 tahun			
– Tinggi	9 (7,1)	1 (1,6)	10 (5,3)
– Rendah	1 (0,8)	-	1 (1,5)
6. > 60 tahun			
– Tinggi	1 (1,6)	1 (0,5)	
– Rendah	2 (1,6)	-	2 (1,1)
Pendidikan			
1. Tidak tamat SD			
– Tinggi	12 (9,5)	-	12 (6,3)
– Rendah	15 (11,8)	5 (7,9)	20 (10,5)
2. Tamat SD sederajat			
– Tinggi	14 (11,0)	7 (11,1)	27 (14,2)
– Rendah			
3. Tamat SLTP sederajat			
– Tinggi	15 (11,8)	4 (6,3)	19 (10,0)
– Rendah	10 (7,9)	1 (1,6)	11 (5,8)
4. Tamat SLTA sederajat			
– Tinggi	26 (20,5)	22 (34,9)	48 (25,3)
– Rendah	9 (7,1)	2 (3,2)	11 (5,8)
5. Tamat sarjana Muda/Sarjana			
– Tinggi	2 (1,6)	15 (23,8)	17 (9,0)
– Rendah	4 (3,2)	3 (4,8)	7 (3,7)
Pekerjaan			
1. Paramedis			
– Tinggi	2 (1,6)	33 (52,4)	35 (18,4)
– Rendah	3 (2,4)	3 (4,8)	6 (3,2)

Lanjutan Tabel 4

Karakteristik PMO pada Daerah Cure Rate Tinggi dan Rendah	Keteraturan Minum Obat		Total (%) (N = 190)
	Teratur (%) (N = 127)	Tidak Teratur (%) (N = 63)	
2. Non paramedis			
– Tinggi	49 (38,6)	10 (15,9)	59 (31,1)
– Rendah	38 (29,9)	14 (22,2)	52 (27,4)
3. Tidak bekerja			
– Tinggi	18 (14,2)	2 (3,2)	20 (10,5)
– Rendah	18 (14,2)	1 (1,6)	19 (10,0)
Hubungan dengan penderita			
1. Keluarga [ortu, anak, suami/istri, saudara]			
– Tinggi	64 (50,4)	12 (19,0)	76 (40,0)
– Rendah	53 (41,7)	13 (20,6)	66 (34,7)
2. Lain-lain [tetangga, teman, tenaga kesehatan]			
– Tinggi	5 (3,9)	33 (52,4)	38 (20,0)
– Rendah	5 (3,9)	5 (7,9)	10 (5,3)
Tempat tinggal			
1. Serumah			
– Tinggi	60 (47,2)	9 (14,3)	69 (36,3)
– Rendah	46 (36,2)	11 (17,5)	57 (30,0)
2. Tidak serumah			
– Tinggi	9 (7,1)	36 (57,1)	45 (23,7)
– Rendah	12 (9,4)	7 (11,1)	19 (10,0)

Pengaruh Karakteristik terhadap keteraturan minum obat Tahap Lanjutan

Pada analisis bivariat, Pada analisis bivariat, variabel umur $p = 0,588$, jenis kelamin $p = 0,128$, pendidikan $p = 0,056$, pekerjaan $p = 0,046$, status tempat tinggal $p = 0,023$, hubungan sebagai suami istri $p = 0,149$ yang artinya variabel status tempat tinggal serumah dan variabel pekerjaan (yang tidak bekerja) bermakna terhadap keteraturan minum obat pada penderita TB. Sedangkan faktor lainnya tidak bermakna.

Setelah dilakukan analisis lebih lanjut dengan multiple regresi, variabel status tempat tinggal serumah dan pekerjaan (tidak bekerja) adalah bermakna. Untuk variabel status tempat tinggal serumah $p = 0,022$, $\text{Exp}(B) = 0,399$, $\text{OR} = 2,5$ dan untuk variabel pekerjaan (tidak bekerja) $p = 0,043$, $\text{Exp}(B) = 0,404$, $\text{OR} = 2,5$ dengan $R^2 = 0,085$.

Berdasarkan data di atas, peran PMO dengan status tempat tinggal serumah dan pekerjaan (tidak bekerja) adalah 8,5% terhadap keteraturan minum obat, sedangkan lainnya adalah peran faktor/variabel di luar status tempat tinggal dan pekerjaan.

PEMBAHASAN

TB Paru lebih banyak mengenai masyarakat dengan status sosial yang menengah ke bawah, hal ini sesuai jika dilihat dari karakteristik penderita TB yaitu pekerjaan dan pendidikan. Tetapi jika dilihat dari pekerjaan mulai dari pegawai negeri, swasta sampai yang tidak bekerja ada yang menderita TB, ini menunjukkan segala lapisan bisa terinfeksi penyakit ini. Dengan meningkatnya kasus HIV/AIDS tidak menutup kemungkinan kasus TB akan meningkat di semua kalangan status sosial. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar masyarakat kita sudah pernah kontak dengan TB walaupun tidak semuanya menjadi aktif/sakit, karena seseorang yang menderita HIV/AIDS daya tahan tubuhnya menurun memungkinkan TB dormant menjadi aktif sehingga meningkatlah kasus TB.

Melihat status penderita dalam keluarga terbanyak adalah kepala keluarga dan suami/istri, di sini jelas bahwa penderita TB sebagian besar adalah merupakan tulang punggung dalam keluarga, sehingga jika mereka menderita TB

dan tidak dapat bekerja maksimal bahkan tidak dapat bekerja lagi sangat mempengaruhi perekonomian dalam keluarga dan jika jumlah kasus TB tinggi dalam suatu daerah/Negara akan mempengaruhi perekonomian wilayah/Negara tersebut.

Berdasarkan fakta di atas sangatlah penting upaya dilakukan dalam upaya meningkatkan keberhasilan program TB. Salah satu faktor penting dalam program TB adalah keputusan rantai penularan yaitu dengan melakukan pengobatan pada penderita TB dengan BTA positif. Lamanya jangka waktu pengobatan (6 bulan) menjadi masalah tersendiri karena cenderung meningkatkan angka Drop Out (DO). Di sinilah pentingnya peran PMO dalam pengawasan penderita TB ketika minum obat. Diharapkan dengan adanya PMO akan menurunkan DO dan meningkatkan *cure rate* (angka kesembuhan).

Secara umum hubungan keteraturan minum obat dengan karakteristik PMO baik di daerah kategori *cure rate* tinggi maupun rendah adalah sama. Yang berbeda adalah karakteristik PMO untuk jenis pekerjaan pada daerah *cure rate* tinggi banyak yang paramedis/tenaga kesehatan yang jika ditelusuri ternyata tidak pada semua kabupaten daerah kategori *cure rate* tinggi kecuali di kota Kediri, sedangkan pada kabupaten lainnya dengan kategori *cure rate* tinggi karakteristiknya relatif sama dengan daerah kategori *cure rate* rendah.

Dari analisis didapatkan bahwa karakteristik PMO yang berpengaruh bermakna pada keteraturan minum obat adalah PMO yang tidak bekerja dan status tempat tinggal serumah dengan penderita TB, hasil ini didukung dari penelitian Purwanta (2005) yang dalam FGD menyatakan PMO diharapkan tinggal serumah dengan penderita. Hal ini dapat dipahami karena pengobatan TB memerlukan waktu yang lama dan pengawasan setiap hari sehingga PMO tinggal serumah memungkinkan untuk melakukan pengawasan lebih baik terutama pada fase awal di mana penderita TB harus minum obat setiap hari selama 2 bulan.

Adapun hubungan kekeluargaan walaupun secara uji statistik tidak bermakna tetapi perlu dipertimbangkan dalam pemilihan PMO karena prosentase keteraturannya tinggi, temuan ini didukung dengan hasil penelitian Purwanta (2005), dalam FGD dengan penderita TB menyatakan bahwa PMO sebaiknya adalah keluarga sendiri yaitu anak atau pasangannya dengan alasan lebih bisa dipercaya.

Selain itu adanya keeratn hubungan emosional sangat mempengaruhi PMO selain sebagai pengawas minum obat juga memberikan dukungan emosional (al. empati, perhatian) kepada penderita TB, di mana dukungan emosional merupakan dukungan paling kuat dalam meningkatkan motivasi untuk sembuh. (Rachmawati T dkk., 2006).

Menurut Panduan Depkes PMO dari petugas kesehatan merupakan PMO yang direkomendasikan, jika tidak ada PMO dari petugas kesehatan baru direkomendasikan PMO yang lain. Tetapi melihat hasil penelitian di atas bahwa penderita TB yang diawasi oleh PMO yang tenaga kesehatan keteraturan minum obatnya rendah. Hal ini dapat dipahami karena PMO yang tenaga kesehatan biasanya tidak hanya mengawasi satu orang penderita TB saja, tetapi bisa mengawasi 2 orang atau lebih dalam waktu yang bersamaan. PMO dari Tenaga kesehatan tidak serumah dan tidak ada hubungan keluarga sehingga selain kesulitan dalam mengawasi karena jarak juga tidak adanya hubungan emosional sebagai keluarga dengan penderita TB.

Keterbatasan dalam penelitian ini karena keteraturan minum obat yang diambil adalah pengawasan 2 minggu terakhir pengobatan di mana diasumsikan pada periode waktu tersebut relative masih dapat untuk mengingat suatu peristiwa dengan baik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa karakteristik PMO yang paling berpengaruh pada keteraturan minum obat pada penderita TB selama minum obat terutama pada saat fase lanjutan adalah:

1. Status bekerja PMO di mana PMO yang tidak bekerja berpengaruh terhadap keteraturan minum obat penderita TB.
2. Status tempat tinggal PMO, di mana yang tinggal serumah berpengaruh terhadap keteraturan minum obat penderita TB
3. Adanya hubungan kekeluargaan antara penderita TB dengan PMO terutama hubungan suami istri.

Berdasarkan data di atas dalam pemilihan PMO disarankan:

- Pemilihan PMO dapat dilakukan berdasarkan karakteristik PMO yang keteraturan pengawasan yang baik

- Model karakteristik PMO pada tahap intensif adalah yang status tempat tinggalnya serumah dengan penderita, sedangkan karakteristik PMO pada tahap lanjutan yang tempat tinggal serumah dan status pekerjaannya adalah tidak bekerja. Karena PMO melakukan pengawasan pada tahap intensif dan lanjutan maka kedua karakteristik tersebut perlu mendapat perhatian.
- Petugas kesehatan dalam pengawasan minum obat penderita TB dapat berperan sebagai supervisor dari PMO.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia Departemen Kesehatan, 2002. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Cetakan ke-8.
- Indonesia Departemen Kesehatan, 2002. Petunjuk Penggunaan Obat Anti-Tuberkulosis Fixed Dose Combination (OAT-FDC) untuk Pengobatan Tuberkulosis di Unit Pelayanan Kesehatan.
- Frieden T, 2004. Toman's Tuberculosis. Case Detection, Treatment, and Monitoring. Question and Answer. World Health Organization Geneva. 2nd Edition.
- Gunawan LA, 1978. Peranan Kader Kesehatan Desa dalam Penanggulangan Penyakit Tuberkulosa Paru-paru di Desa. DepKes RI. BalitBang Kesehatan.
- Purwanta, 2005. Ciri-ciri Pengawas Minum Obat yang Diharapkan oleh Penderita Paru di Daerah Urban dan Rural di Yogyakarta. Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta.
- Rachmawati T dkk., 2006. Pengaruh Dukungan Sosial dan Pengetahuan tentang Penyakit TB terhadap Motivasi untuk Sembuh Penderita TB Paru yang Berobat di Puskesmas. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 9, No. 3, Juli 2006. DepKes RI. Badan Litbang Kes. Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan.
- Sears DO et al., 1991. Social Psychology (7th Edition). Prentice-Hall International, Inc.
- Survei Prevalensi Tuberkulosis 2004, 2005.
- Suryabrata S, 2002. Metodologi Penelitian. Universitas Gadjah Mada.
- Smet, Bart, 1994. Psikologi Kesehatan. Penerbit Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.
- Wignyohadi PM, 1986. Faktor-faktor yang Memengaruhi Drop Out Pengobatan Panduan Obat Jangka Panjang TB-Paru di Kabupaten Sidoarjo. Fakultas Pascasarjana Universitas Airlangga.